

Faculté de Médecine de Paris

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 23 juillet 1894, à 9 heures

Par RENÉ PERDRIZET

Né à Héricourt (Haute-Saône), le 5 novembre 1866

Ancien externe des hôpitaux

DES

AMPUTATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

ET DE LEURS INDICATIONS EN DEHORS DU CANCER

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : MM. LANCEREAUX, professeur.

SCHWARTZ, POIRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

433

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 23 juillet 1894, à 9 heures

Par RENÉ PERDRIZET

Né à Héricourt (Haute-Saône), le 5 novembre 1866

Ancien externe des hôpitaux

DES

AMPUTATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

ET DE LEURS INDICATIONS EN DEHORS DU CANCER

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { LANCEREAUX, professeur.
 { SCHWARTZ, POIRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDE
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale		DEBOVE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.		POUCHET.
Hygiène.		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBENE.
		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale	}	TILLAUX.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.
MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agréés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTÉTER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des hôpitaux
Président de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

Mon cher maître, vous m'avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, permettez-moi de vous renouveler ici l'expression de ma profonde reconnaissance, et l'assurance de mon entier dévouement.

R. PERDRIZET.



435

DES
AMPUTATIONS DU COL DE L'UTÉRUS

Et de leurs indications en dehors du cancer

INTRODUCTION

Laissant de côté la question si discutée de l'amputation du col dans le cancer, question qui exigerait à elle seule un développement plus considérable que ne le comporte ce travail, nous envisagerons cette opération au point de vue de ses autres indications en gynécologie.

Nous l'étudierons en tant que traitement chirurgical contre les métrites cervicales rebelles, la sténose, l'atrésie, les ulcérations et les dilacérations du col utérin, contre les hypertrophies, les déviations et les prolapsus utérins.

Nous décrirons en premier lieu les différents

procédés d'amputation, les modifications qu'a subies son manuel opératoire et les perfectionnements qu'on y a apportés.

Nous indiquerons ensuite pour chaque affection quel est notre procédé de choix, les contre-indications et les résultats de cette opération.

Nous commencerons notre travail par un aperçu historique de la question.

Mais avant d'entrer en plein dans notre sujet, il est un devoir que nous avons à remplir ; nous sommes heureux de pouvoir témoigner ici notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux, pour les bons conseils et les leçons si profitables qu'ils nous ont toujours donnés avec tant de bienveillance pendant le cours de nos études médicales.

Qu'il nous soit donc permis d'exprimer à MM. d'Heilly et Grancher, médecins de l'hôpital des Enfants Malades, à MM. Duplay, Tillaux, Monod, Pinard, Lancereaux, Debove et Chantemesse, notre vive gratitude et notre profonde reconnaissance, et de les remercier de toute la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant le temps que nous avons passé, soit à l'Ecole, soit dans les hôpitaux.

Que notre compatriote et ami, le Dr Beurnier, chirurgien des hôpitaux, reçoive ici l'assurance de notre profond attachement, nous n'oublierons pas l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

M. le Dr Auvard, accoucheur des hôpitaux, a bien voulu mettre à notre disposition les clichés des instruments qu'il a inventés, qu'il nous permette de l'en remercier.

Nous ne voudrions pas terminer sans adresser au Dr d'Hotman de Villiers tous nos remerciements, pour les quelques indications qu'il a bien voulu nous donner en vue de ce travail, et lui renouveler l'expression de toutes nos sympathies.





HISTORIQUE

Les interventions chirurgicales sur le col utérin sont de date récente ; complètement ignorées des anciens, elles ne furent appliquées au siècle dernier que dans des cas où il s'agissait de tumeurs malignes, et la première amputation du col utérin fut pratiquée en 1783, par Marschall, il excisa partiellement un utérus cancéreux.

En 1801, Osiander appliqua le même traitement à un cas semblable, et Rust, en 1813, répéta cette opération à Vienne.

A partir de cette époque, l'amputation du col utérin devint une opération courante, les chirurgiens français, et surtout Lisfranc, en usèrent souvent ; Dupuytren, Récamier, et en Allemagne Graefe, Siebold, Kilian, la firent avec plus ou moins de succès.

Les résultats peu brillants de cette opération trop souvent pratiquée dans des hôpitaux où

l'antisepsie était à peine connue, où régnait la septicémie, et avec un manuel opératoire bien imparfait, la firent tomber en discrédit. Lisfranc, qui de 1825 à 1834, l'avait répétée 99 fois, y renonça peu à peu, Osiander et Dupuytren avaient déjà fait comme lui.

En 1860, grâce aux perfectionnements apportés dans la pratique de cette opération, et surtout grâce aux travaux de Ch. Braun, de Vienne, qui signala les modifications du corps utérin, son involution à la suite de l'amputation du museau de tanche, elle revint en faveur. Le célèbre mémoire d'Huguier, sur les allongements hypertrophiques du col utérin, qu'il présenta en 1859 à l'Académie de Médecine, contribua aussi pour une large part à faire oublier les abus qu'en avait faits Lisfranc et beaucoup d'autres et à faire accepter à nouveau cette opération. Dès lors, les travaux de Hégar, de Schröder, de Sims, de Simon et de tant d'autres chirurgiens, ne firent que répandre son usage, et de nos jours, c'est une opération reconnue de grande utilité et dépourvue de dangers, tant qu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, et avec toutes les précautions d'antisepsie qu'exige toute intervention gynécologique.





PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Les premiers chirurgiens qui pratiquèrent l'amputation du col utérin opéraient au fond du vagin, se bornant à attirer légèrement le col au moyen de fils passés dans ses lèvres ; il en résultait des difficultés sans nombre, des lenteurs, des sections irrégulières, sans compter les douleurs et les risques de blesser les organes voisins. Lisfranc amenait le museau de tanche à la vulve, par des tractions méthodiques à l'aide d'une pince de Museux, comme cela se pratique aujourd'hui, et opérait à ciel ouvert, en coupant le tissu utérin avec un bistouri courbe boutonné, garni de linge et guidé par l'index gauche.

En 1827, Mathias Mayor, chirurgien en chef de l'hospice du canton de Vaud, proposa pour remédier aux hémorrhagies résultant de l'amputation au bistouri, la section du col utérin par la ligature au tourniquet, dont l'écraseur linéaire emprunta plus tard le principe.

Disons dès maintenant, que si l'amputation du col utérin fut longtemps pratiquée à l'aide de l'écraseur linéaire de Chassaignac, de l'anse galvanique, du thermo-cautère, ces procédés sont aujourd'hui totalement abandonnés, on n'emploie plus que le bistouri : leur seul avantage qui consistait à diminuer l'hémorrhagie, était mince à côté des inconvénients et des dangers qu'ils présentaient.

Avec l'anse galvanique, la cautérisation se faisait au moment même de la section, mais outre la difficulté qu'on avait à fixer l'anse à l'endroit précis, à la maintenir perpendiculairement à l'axe du col, il arrivait souvent que le fil trop longtemps chauffé se rompait, que la section n'était pas telle qu'on l'aurait voulue, et que la vessie ou le péritoine étaient atteints ; enfin les suites éloignées de l'opération montraient qu'elle avait été défectueuse, puisque la sténose du canal s'observait souvent après ces amputations du col.

A l'écraseur linéaire on pourrait faire les mêmes reproches, ainsi qu'au thermo-cautère, « toute section par écrasement ou par instrument incandescent a cet inconvénient majeur de donner lieu fatalement à une cicatrice indolaire, à rétraction concentrique, aboutissant à la sténose » (1).

1. Pozzi. *Gynécologie*, 1890.

Avec les moyens efficaces que nous possédons actuellement pour arrêter les hémorrhagies, celles qui se produisent pendant l'amputation du col par le bistouri ne sont plus à craindre, sans compter qu'on a pu dire que cette hémorrhagie, sauf chez des malades affaiblies par de longues pertes ou anémiées, était plutôt favorable et utile pour les résultats de l'opération, en décongestionnant la paroi utérine. La plupart des chirurgiens rejettent tout moyen hémostatique préventif, qui complique l'opération, et se contentent, si l'hémorrhagie est un peu considérable, de l'irrigation chaude, de la compression pendant quelques secondes par un tampon d'ouate; et si les artères utérines donnent par trop, se bornent à placer une pince à ligature qui comprend toute l'épaisseur de la paroi utérine à ce niveau sans s'attarder à vouloir pincer ou lier isolément chaque bout artériel qui donne.

Le vrai moyen d'hémostase définitive est le placement et la striction des sutures qu'il faut se hâter de faire, mais certains chirurgiens préfèrent encore se servir d'un moyen préventif en plaçant un lien circulaire à la racine du col immédiatement au-dessous de l'insertion vaginale; dans ce but, on enfonce à ce niveau, dans le tissu du col, une longue aiguille ou deux aiguilles disposées en croix, et on applique au-dessus d'elles un lien solide, un tube de caout-

choue de préférence, comme l'a conseillé A. MARTIN, qu'on serre énergiquement et que les aiguilles empêchent de glisser.

Les sutures sont faites, soit indépendantes les unes des autres, soit en surjet, suivant le procédé opératoire employé.

Pour mener à bien toute amputation, il faut, comme nous l'avons déjà dit, opérer vite, et placer les sutures aussitôt la section faite. Nous préférons que les lambeaux soient complètement terminés pour placer les sutures, plutôt que de suturer un premier lambeau avant de tailler le second, comme le font quelques chirurgiens.

Pour nous, l'hémorrhagie qui se produit pendant le cours de l'amputation du col (nous ne voulons parler ici que des amputations intravaginales), ne doit pas inquiéter l'opérateur ; elle est le plus souvent peu importante et s'arrête dès que la striction des sutures est terminée. Cependant il est des cas où, avant que cette striction ne soit faite, l'hémorrhagie est assez abondante pour qu'on doive l'arrêter ou l'atténuer, tout au moins d'abord, parce que le sang masque le champ opératoire, et en second lieu parce qu'il est tout à fait inutile de laisser perdre à la malade du sang qu'elle pourrait conserver. Pour éviter cela, nous croyons tout à fait inutile d'employer les pinces hémostatiques : elles encombrement le champ opératoire, et

il est quelquefois difficile, souvent même impossible, de les placer.

Les tampons ne servent qu'à nettoyer la plaie et ne modifient en rien l'intensité de l'hémorrhagie. Aussi considérons-nous que les seuls moyens efficaces pour diminuer l'hémorrhagie et obtenir un champ opératoire assez propre pour voir ce que l'on fait et ce que l'on veut faire, sont d'aller vite en opérant et de faire usage de l'irrigation continue, chaude ou froide, au sublimé ou à l'acide phénique. L'appareil d'Auvard, dont le dessin ci-joint donne une idée plus nette que toute description, ou la sonde irrigatrice de Berlin sont des instruments qui n'embarrassent pas le champ opératoire et qui remplissent les conditions voulues par l'irrigation continue, aujourd'hui employée par presque tous les gynécologues modernes.

Et même lorsqu'il s'agit d'amputations sus-vaginales après ligature ou pincement des artères utéro-ovariennes, cette irrigation continue rend de réels services à l'opérateur et supprime l'usage des tampons, éponges, etc., qui peuvent, si elles ne sont pas absolument aseptiques, contaminer la plaie opératoire.

Dans une certaine variété d'amputation du col, l'amputation supra-vaginale, il arrive qu'on lie, avant de commencer l'opération, les artères utérines, en passant aux deux extrémités du diamètre transversal du col, à un bon centi-

mètre en dehors de lui, un fil de soie à l'aide d'une aiguille courbe ; on le lie, et si cette ligature a pénétré à deux centimètres environ de profondeur, elle comprendra presque à coup sûr la branche de l'utérine qui irrigue le col, et préviendra ainsi l'hémorrhagie.

Soins préliminaires. — L'amputation du col utérin, doit, en règle générale, être précédée du curettage de la cavité utérine, afin de guérir la métrite du corps qui presque toujours accompagne le catarrhe cervical, et de ne pas laisser derrière le col opéré une cavité non désinfectée qui pourrait contaminer la plaie, et serait non-seulement une cause de récurrence de la maladie, mais aussi une source d'accidents utéro-abdominaux.

M. Pozzi pratique le curettage en dernier lieu, afin, dit-il, de ne pas être gêné par le suintement sanguin, bien peu important d'ailleurs, qui se produit généralement après le curettage, et que l'irrigation continue suffirait à empêcher.

Quoiqu'il en soit, nous pensons qu'il est préférable de commencer par le curettage, pour ne pas compromettre la solidité des fils, en passant une curette dans l'orifice d'un col qu'on vient de suturer.

Dans les deux jours qui précèdent l'opération, il sera procédé à la désinfection de la malade par des grands bains généraux, par des injections vaginales prolongées avec la solution

de sublimé au 1/1000, suivies d'un léger tamponnement antiseptique.

On fera la dilatation du col par des tiges de laminaire et sa désinfection :

La veille, la malade aura pris un purgatif, le matin même de l'opération elle sera à jeun, car l'anesthésie est toujours nécessaire ; la région vulvaire sera rasée et soigneusement nettoyée, la vessie vidée. La femme placée dans la position de la taille, deux aides soutiennent ses cuisses relevées. Celui qui est à la gauche de l'opérateur abaisse la courte valve plate qui déprime la fourchette (celle-ci peut être déprimée sans aide par la valve à poids du D^r Auvard). (voir le dessin) Celui de droite, en même temps qu'il maintient une canule irrigatrice, attire le col à la vulve à l'aide d'une pince de Museux ou d'une pince tireballes.

Sutures. — Certains chirurgiens emploient pour les sutures la soie ou le fil d'argent, qui présentent l'avantage de rester en place tout le temps qu'on juge nécessaire à la réunion, mais qui imposent la nécessité de retirer un à un les points de suture en les sectionnant :

Cette pratique n'est pas toujours facile, et, dans la plupart des cas la réunion se faisant rapidement, le catgut, qui se résorbe de lui-même nous paraît préférable à condition qu'il soit suffisamment gros et que les nœuds soient soigneusement serrés. Beaucoup de gynécologues font usage aujourd'hui du crin de Florence.



TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Suivant que les lésions du col utérin siègent dans la portion de ce col située au-dessus ou dans la portion située au-dessous de l'insertion du vagin sur le col, l'amputation se fait sur l'un ou l'autre de ses segments, et est dite dans le premier cas *sus-vaginale* ou *extra-vaginale*, dans le second cas *sous-vaginale* ou *intra-vaginale*.

Amputation sus-vaginale. — L'antisepsie étant rigoureusement observée, les deux lèvres du col sont saisies avec des pinces de Museux et attirées à la vulve ; on fait alors, si on le juge à propos, la ligature préalable de l'utérine à droite et à gauche du col, puis on coupe circulairement la muqueuse vaginale à un bon centimètre au-dessus du bord libre du col ; cette muqueuse étant incisée, on la détache avec le doigt ou l'extrémité d'un instrument mousse, de manière à libérer le col en remontant vers le corps de l'utérus. On détache ainsi le corps dans une étendue de trois ou quatre centimètres, en soulevant la

vessie en avant, et le péritoine en arrière. Quand l'adhérence devient trop intime pour permettre de libérer plus haut l'utérus, on sectionne le col perpendiculairement à son axe, comme on le ferait avec une petite guillotine, et avant de terminer la section en arrière, on passe en avant une ou deux sutures au catgut comprenant la muqueuse vaginale et le col au-dessus de la section. Les ligatures sont serrées, on finit de détacher le col avec le bistouri, et on fait tout autour des sutures en rosette, réunissant la surface de section à la paroi vaginale voisine. On complète l'opération par un tamponnement utérin à la gaze iodoformée ou salolée.

L'opération indiquée par Huguier en différerait un peu en ce qu'il ne désinsérerait pas le vagin et pratiquait dans l'épaisseur du col en se dirigeant obliquement de bas en haut vers la cavité utérine une section en forme d'évidement conoïde.

La section transversale plane après débridement du vagin lui est bien supérieure en ce qu'elle permet l'application facile de sutures ; aussi est-ce le procédé employé actuellement.

Nous décrirons plus loin le procédé couramment employé pour les amputations sus-vaginales dans les hypertrophies du col.

Amputation sous-vaginale.— L'amputation sous-vaginale, que l'on pratique le plus ordinairement aujourd'hui, a subi de nombreux perfectionnements.

De même que les amputations par l'écraseur et par l'instrument incandescent, plusieurs procédés au bistouri sont aujourd'hui abandonnés, tel est celui de Sims qui se pratiquait de la manière suivante : le col étant amené à la vulve, on pratiquait une section plane, à la manière des anciens chirurgiens, puis on recouvrait la plaie du col avec la muqueuse vaginale, de la même façon qu'après une amputation circulaire de bras ou de jambe, on recouvre avec la peau la plaie du moignon : rien n'était plus simple, mais on laissait derrière la suture un cul-de-sac dans lequel le sang et les liquides s'accumulaient, la plaie s'infectait, et la réunion était compromise.

Le procédé préconisé par Hégar offrait sur celui de Sims un grand avantage, surtout au point de vue des sutures : après avoir sectionné le col comme dans le cas précédent, au lieu de ramener devant lui la muqueuse vaginale pour la suturer à elle-même, on la suturait circulairement au pourtour même de l'orifice du col ; les fils, pénétrant d'un côté dans la muqueuse vaginale un peu au-dessous de la section, sortaient de l'autre côté par l'orifice du col qui à la fin de l'opération se trouvait tout naturellement tapissé par cette muqueuse. Cette suture d'Hégar donne presque toujours de bons résultats quand les tissus ont une consistance normale, mais s'ils sont rigides, durs, il n'est guère facile

de déprimer la plaie au point d'obtenir une exacte adaptation de ses bords ; les tissus font hernie entre les points de suture, dont les fils sectionnent la muqueuse, surtout lorsqu'elle est seule saisie, et n'est pas doublée d'une épaisse couche de tissu musculaire.

Les procédés qui semblent réunir toutes les qualités propres à faciliter une bonne réunion des lèvres de la plaie, tout en répondant de tous points aux besoins de cette opération, en détruisant les lésions diverses du col utérin, et en reformant un orifice normal, sont ceux de Simon, Marckwald, et de Schroeder, ce dernier appelé par M. Richelot amputation anaplastique du col.

Le procédé de Simon et Marckwald, consiste à faire une amputation du col utérin à deux lambeaux pour chaque lèvre, tandis que celui de Schroeder ne présente qu'un lambeau à chaque lèvre.

Voici la technique du premier procédé : la malade ayant subi les préparatifs antiseptiques préliminaires, est anesthésiée, placée dans la position de la taille ; on abaisse ensuite la fourchette avec une courte valve ou avec la valve à poids d'Auvard, et le col attiré par une pince de Museux à la vulve y est maintenu par un aide, qui avec une canule fait l'irrigation continue : le chirurgien sectionne avec un bistouri convexe ou avec de forts ciseaux les commissures du col

jusqu'aux culs-de-sacs vaginaux, en ayant bien soin de ne pas les ouvrir. Alors, à l'aide des pinces de Museux à mors courts, que nous pensons être les meilleures à employer dans les amputations du col (Voir le dessin), on saisit séparément chaque lèvre du col ainsi divisé, et on fait sur chacune d'elles, en commençant par la supérieure, deux incisions au bistouri, dont l'une, allant de la muqueuse interne vers la profondeur, rejoint l'autre, partie de la muqueuse externe, de manière à tailler un segment en forme de coin. On a donc sur chaque lèvre deux lambeaux à peu près égaux, qu'on affronte l'un avec l'autre par cinq ou six points passant sous toute la surface cruentée : les commissures sont de même suturées par quelques points, et l'opération est terminée.

On coupe les fils qui dépassent, on irrigue le vagin avec une solution antiseptique, et on y introduit un tampon de gaze iodoformée. Au bout de 48 heures, le tampon est retiré, et il n'est pas utile de le renouveler si les injections vaginales antiseptiques sont régulièrement faites.

La malade garde le lit pendant une huitaine de jours, dans le décubitus dorsal, des injections vaginales sont faites matin et soir, et la cicatrisation s'opère sans qu'on ait besoin de s'inquiéter des sutures au catgut qui tombent spontanément : lorsqu'elles sont faites avec le

fil d'argent ou la soie, il faut les enlever du dixième au douzième jour ; lorsque le crin de Florence est employé, on peut les laisser en place jusqu'au seizième ou dix-septième jour, ces fils sont très bien tolérés et ne coupent nullement le tissu enserré.

Procédé de Schröder. — Il diffère de celui que nous venons d'exposer en ce que sur chaque lèvre du col on ne taille qu'un lambeau qu'on replie sur lui-même pour le suturer.

Les préparatifs sont les mêmes que dans toute amputation du col, soins antiseptiques, curettage, à l'aide de forts ciseaux on sectionne bilatéralement le col jusqu'au voisinage de l'insertion vaginale ; quand ces débridements latéraux sont effectués, l'aide chargé des pinces écarte fortement les deux lèvres ainsi divisées, la cavité cervicale est en partie mise au jour ; l'opérateur, appréciant le degré d'hypertrophie des lèvres, l'étendue des lésions en hauteur, la profondeur à laquelle pénètrent les kystes dans le stroma sous-muqueux, détermine les dimensions du lambeau de muqueuse qu'il doit enlever. Commenant par la lèvre supérieure, on fait au bistouri une incision transversale sur la muqueuse utérine, incision qui limite en haut les lésions de cette muqueuse ; les deux extrémités de cette première incision sont réunies l'une à l'autre par une seconde incision demi-circulaire de la muqueuse externe, qui cerne une

lamelle de tissu du col, lamelle qu'on dissèque au bistouri en se dirigeant vers l'incision transversale, et qui détachée, laisse une surface cruentée ; le lambeau ainsi obtenu doit être sain et souple, privé de tous les noyaux scléreux qu'il contenait ; il s'agit de le suturer en le renversant en dedans sur lui-même, de façon que son extrémité vienne s'accoler à la section faite par la première incision. On le suture au bord de la muqueuse interne par cinq ou six points au catgut, l'aiguille courbe pénétrant dans la muqueuse interne doit cheminer sous la surface cruentée sans apparaître à l'extérieur, et ressortir à la surface externe du lambeau, tout-à-fait sur son bord libre. On fait en sorte que ce lambeau retourné dans la cavité cervicale s'accole bien sur la surface cruentée.

On peut, et c'est la manière de procéder que nous préférons, tailler son lambeau sur chaque lèvre, et ne placer les sutures que lorsque l'avivement des deux lèvres est terminé ; on se rend alors un compte bien exact de ce que l'on a fait, les sutures sont symétriques et l'on obtient un moignon de col tout à fait uniforme, tandis qu'en procédant séparément pour les sutures, on obtient un col inégal et irrégulier après guérison.

On termine l'opération en suturant les commissures entre elles par deux ou trois points pour chaque. Les fils étant sectionnés à une

petite distance des nœuds, on donne une injection antiseptique prolongée, on introduit dans la cavité utérine une bande de gaze iodoformée assez longue pour pouvoir tamponner le vagin.

Le troisième jour, on change le pansement ; pour certains gynécologues, on renouvelle ce tamponnement pendant plusieurs jours de suite, pour d'autres, on doit se contenter, au bout du troisième jour, de simples injections vaginales antiseptiques ; les mêmes soins post-opératoires que dans le procédé précédent doivent être observés, et si le milieu est parfaitement aseptique, la réunion doit être parfaite dans les huit jours, ne donnant lieu à aucun accident.

Dans certains cas, chez les nullipares principalement, le vagin est étroit et profond, l'utérus s'abaissant difficilement, les sutures présentent des difficultés.

M. Jeannel, de Toulouse, a proposé un nouveau procédé de suture dans l'amputation de Schröder, pour obvier aux difficultés qu'on rencontre quelquefois à placer les sutures ainsi que Schröder indique de le faire ; voici ainsi qu'il indique lui-même (1), sa manière de procéder :

« Le col étant amputé, ou plutôt verticalement excisé à la façon ordinaire, il reste les
« deux lambeaux ayant un bord vaginal à arête

1. *Gazette hebd. de méd. et chirurgie*, janvier 1891.

« vive, et une base utérine, ou encore, un bord
« libre bordé par la muqueuse de la portion
« vaginale et un bord adhérent avoisinant l'ori-
« fice interne. Exactement au niveau de l'ori-
« fice interne, à travers toute l'épaisseur de la
« base d'un des lambeaux, traversez la portion
« vaginale avec une aiguille armée d'un solide
« catgut, et sortez la pointe dans la plaie, en
« piquant à bonne distance la muqueuse de
« l'orifice interne : tirez l'aiguille, la base du
« lambeau est traversée par un fil.

« Piquez alors l'aiguille suivant un plan ver-
« tical, sur la face cruentée du lambeau, un
« demi centimètre au-dessus du bord libre,
« sortez à travers la muqueuse sur la face vagi-
« nale, également à un demi centimètre ou un
« centimètre du bord libre de la plaie. Le lam-
« beau est ainsi traversé à sa base et traversé à
« son bord par une anse de fil dont la portion
« libre répond à la surface cruentée, les deux
« chefs étant l'un à la base, l'autre au bord, du
« côté de la face muqueuse.

« Fixez le chef de la base en le saisissant
« avec une pince à pression, de crainte qu'il
« n'échappe ; puis, avec le même fil et la même
« aiguille, suivez exactement et symétrique-
« ment, mais en sens inverse, le même chemin
« sur l'autre lambeau, c'est-à-dire piquez sur
« la muqueuse de la portion vaginale, puis du
« bord libre, ressortez sur la face cruentée,

« rentrez à la base en mordant dans l'orifice
« interne la muqueuse utérine, et ressortez à la
« base de la portion vaginale. Il en résulte ceci,
« que les deux bords libres des lambeaux sont
« accrochés dans une anse de fil dont les deux
« chefs traversent la base des lambeaux au
« niveau de l'orifice interne. Tirez alors sur ces
« deux chefs jusqu'à redresser l'anse de fil,
« c'est-à-dire jusqu'à la supprimer. Nécessai-
« rement les lèvres de la plaie, les lèvres des
« bords libres accrochés, seront attirées vers la
« base du lambeau qui se repliera sur lui-
« même, et la muqueuse vaginale sera affron-
« tée avec la muqueuse cervicale. D'ailleurs, le
« maintien de cette position, de cette plicature,
« sera assuré si, tendant toujours les deux
« chefs, vous venez les nouer l'un avec l'autre
« au-devant des lambeaux repliés.

« Si vous placez ainsi trois points de suture,
« l'un médian, mordant la muqueuse de l'ori-
« fice interne et deux latéraux purement mus-
« culaires, si vous assurez la réunion et l'hé-
« mostase des angles de la plaie par de simples
« points ordinaires, vous obtiendrez rapide-
« ment et sans peine un très bon affrontement
« et un col aussi présentable, peut-être même
« mieux ficelé, que par le procédé classique de
« suture de Schræder »,

En comparant entre eux ces deux procédés
de choix, le procédé Simon-Marchwald et celui

de Schröder, on voit que le premier, consistant à enlever une portion de tissu parenchymateux du col utérin, en respectant sa muqueuse, intéresse plus particulièrement le tissu musculaire cervical, tandis que le Schröder s'adresse plutôt à la muqueuse et au tissu sous-jacent.

Ces deux procédés peuvent être très bien combinés sur un même col, l'une des lèvres pouvant être justifiable d'un Simon, tandis que sur l'autre on jugera préférable de pratiquer un Schröder.

Par le terme d'amputation du col, nous entendons non-seulement l'amputation totale du col, mais encore toute intervention sur lui, qui en supprime une partie. Nous pensons donc qu'il est utile de donner ici la description de l'opération d'Emmet, ou trachélorraphie qui remédie à la lacération commissurale du col.

Nous laisserons de côté les soins préliminaires et consécutifs, car il est bien entendu que dans toutes les opérations utéro-vaginales et nous ne saurions trop souvent le répéter, l'antisepsie doit être rigoureusement observée. Le col étant abaissé, une pince le saisit au niveau de la lèvre antérieure, une seconde pince est placée sur l'autre lèvre au point symétrique ; on dissèque alors d'une seule pièce tout le rebord de la déchirure, en pénétrant soigneusement au fond de l'angle formé par celle-ci et en enlevant

tout le tissu cicatriciel. On égalise la plaie si c'est nécessaire, avec des ciseaux courbes, et on place les sutures en commençant par l'angle supérieur de la plaie, on en dispose cinq ou six suivant l'étendue de l'ulcération. Un tampon de gaze iodoformé laissé en place trois jours compose tout le pansement, après ce délai, irrigations antiseptiques vaginales deux fois par jour, et repos au lit pendant une dizaine de jours.

Si le col utérin présente des déchirures sur ses deux lèvres, il est bien difficile de ne pas rétrécir le canal cervical en pratiquant la trachélorraphie des deux côtés, aussi le Schröder ou le Simon sont-ils plus indiqués dans ce cas ; l'opération d'Emmet peut avoir de très bons résultats sur des cols présentant une seule déchirure ; on l'associe quelquefois au Schröder dans des cas où la déchirure est accompagnée de productions kystiques qui exigent l'ablation d'une plus grande partie du tissu cervical.





INDICATIONS

Sténose.

Dans la sténose, lorsque les différents traitements, tels que la dilatation lente avec les tiges de laminaire, ou la dilatation immédiate progressive avec les bougies graduées d'Hégar, et que les nombreux procédés de stomatoplastie ont échoué, il y a lieu d'intervenir plus directement et de faire l'amputation du col, si les symptômes de douleurs accompagnant les règles, de dysménorrhée, prennent un caractère d'acuité telle qu'il y ait menace de rétention dans la cavité utérine de mucus ou de sang.

De même dans la sténose peu accusée, et non douloureuse, alors qu'il y a menace de stérilité ou stérilité réelle, si les différents procédés dont nous venons de parler sont restés sans résultat, il y aura encore lieu de faire l'amputation du col.

Nous donnons ci-après la description des

procédés stomatoplastiques qui ont été préconisés comme traitement de la sténose.

Celui que préconise Sims est le suivant : à l'aide de ciseaux, on fait la section bilatérale du museau de tanche, et on complète cette section par en haut jusqu'à l'orifice interne, avec un bistouri spécial ; ce procédé remédie momentanément aux souffrances et aux dangers de la sténose, mais les deux lèvres des incisions présentent une grande tendance à la réunion et l'orifice redevient souvent aussi étroit qu'avant l'opération.

Simpson pratiquait la discision bilatérale du col au moyen de son métrotome qui est tombé dans l'oubli ; on pratiqua aussi l'incision cruciale de l'orifice externe dans le but de permettre sa dilatation, on divisa même chacune des lèvres du col en trois ou quatre languettes qui s'épalaient autour du canal cervical, en forme d'étoile, mais toutes ces opérations n'ont pas donné d'excellents résultats ; souvent les lèvres des incisions se cicatrisent, et le vice de conformation se reproduit, ou bien, restant béantes, elles laissent la muqueuse intra-cervicale s'éverser, et prédisposent ainsi aux ulcérations et au catarrhe.

Un autre procédé de stomatoplastie plus récent est celui que M. Pozzi a mis en usage, et qu'il appelle évidemment commissural du col : faisant remonter très haut les deux incisions

latérales, il obtient deux longues valves cervicales, l'une antérieure, l'autre postérieure. Sur chaque côté de ces valves se trouve une surface avivée, longue et étroite, dont M. Pozzi enlève par deux incisions un lambeau prismatique et triangulaire; ces deux incisions parallèles partent, l'une de la muqueuse cervicale qu'elle côtoie, l'autre longe la muqueuse vaginale; et c'est leur rencontre qui forme cette languette de parenchyme cervical. Quand elle est enlevée, la surface de section latérale se présente sous forme d'une gouttière, il suffit d'affronter ses deux bords et de les suturer transversalement dans toute leur longueur à l'aide de fils d'argent fixés par des tubes de plomb: les deux muqueuses, cervicale et vaginale se trouvant ainsi accolées, les surfaces avivées n'existent plus, et les bords d'une valve ne peuvent parvenir à s'unir aux bords de l'autre valve. Le col reste donc divisé à une grande hauteur, présentant un orifice béant en forme de bec de canard, qui ne tarde pas, après quelques semaines, par suite de la rétraction qui se produit, à changer d'aspect et à ressembler à l'orifice externe d'un utérus de femme ayant accouché sans déchirures.

Cette opération peut donner de bons résultats lorsque la sténose se trouve à l'orifice externe, mais si celle-ci siège à l'orifice interne, ou est tant soit peu compliquée de métrite, ce procédé se trouve insuffisant, puisque, comme

tous ceux dont nous venons de parler, il respecte la muqueuse intra-cervicale ; or, la métrite est une conséquence si fréquente de la sténose des orifices du col, qu'il semblerait puéril de n'en pas tenir compte, et, d'autre part, cette sténose s'accompagnant très souvent aussi d'élongation du col et d'antéflexion plus ou moins prononcée, il semble tout indiqué dans ces cas de recourir directement à l'amputation du col. Du même coup, cette opération supprime l'orifice externe frappé de sténose, enlève une partie du col atteint d'élongation, fait disparaître la muqueuse malade, les productions kystiques, les ulcérations qui peuvent accompagner la métrite, et refait un orifice externe de forme transversale, bordé par la muqueuse, de dimensions suffisantes pour ses fonctions physiologiques. De plus, cette opération n'agit pas seulement, comme on pourrait le croire, sur la constitution de l'orifice externe, mais par les modifications profondes de vitalité qu'elle entraîne dans le col tout entier, on a pu voir sous son influence la partie supérieure du canal devenir plus perméable.

Il sera souvent très utile, pour maintenir la perméabilité du canal cervico-utérin, d'introduire dans la cavité une tige Lefour (de Bordeaux), qui sera maintenue à l'aide d'un fil traversant les deux lèvres du col et l'orifice de cette tige, et dont les deux bouts seront fortement noués entre eux.

Dans les cas où l'orifice interne serait également atteint par la sténose, et que les différents moyens dont nous avons déjà parlé auraient échoué, il y aura lieu de pratiquer l'amputation du col, non pas l'amputation intra-vaginale, qui serait tout-à-fait inefficace, mais bien l'amputation sus-vaginale, qui seule peut donner un résultat appréciable sans crainte de récurrence.

Dans la sténose du col, les procédés de Schröder et d'Emmet ne sont d'aucune utilité. Le procédé de choix, que nous croyons capable de remplir les indications thérapeutiques voulues, est le procédé de Simon-Marckwald, lorsque la sténose n'intéresse que l'orifice externe ; ce même procédé pourrait encore à la rigueur être appliqué lorsque la sténose atteint l'orifice interne, mais en faisant alors l'amputation sus-vaginale, ou bien il faut dans ce cas mettre en pratique le procédé d'Huguier.

Mérite.

C'est à une forme très fréquente et très tenace de métrite que s'adresse l'amputation du col utérin, nous voulons parler de la métrite cervicale chronique et douloureuse. Contre cette affection les traitements les plus divers ont été employés, sans résultat, la plupart du temps ; tous les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître que cette variété de métrite est particu-

lièrement rebelle à tous les traitements et qu'une intervention chirurgicale seule peut la guérir. On pourrait se demander pourquoi les moyens qui réussissent dans l'endométrite du corps ont si peu de résultats contre celle du col, si on ne connaissait pas la différence de constitution histologique de ces deux parties de l'utérus, et les différences de lésions que produit la métrite sur chacune d'elles. Le curettage par exemple qui dans l'endométrite du corps réussit en enlevant la muqueuse intra-utérine à guérir cette affection, est tout-à-fait insuffisant dans l'endométrite cervicale ancienne : ici, la muqueuse n'est pas seule atteinte, ses altérations ne se sont pas arrêtées à elle, elles ont bientôt envahi les nombreuses glandes qui s'ouvrent dans le canal cervical, se sont propagées jusque dans leurs culs-de-sac et jusqu'au tissu musculo-fibreux ; c'est la métrite parenchymateuse et le simple curage ne suffirait pas pour détruire ces lésions profondes. La muqueuse cervicale tuméfiée, le tissu conjonctif sous-muqueux et interstitiel également gonflés et épaissis par l'inflammation, produisent l'ectropion des lèvres du col : celui-ci déchiré plus ou moins profondément en plusieurs points, déformé, présente des lésions disséminées dans tous ses tissus ; sa muqueuse interne est couverte d'érosions, de granulation, de kystes glandulaires ou œufs de Naboth, de tout petits polypes muqueux, et sou-

vent des ulcérations véritables et des végétations.

Son hypertrophie qui porte tantôt sur l'une ou l'autre de ses lèvres et lui donne l'aspect caractéristique appelé col tapiroïde, peut aussi porter sur tous ses diamètres, le faisant ressembler à un battant de cloche : l'orifice parfois largement ouvert est quelquefois rétréci, surtout chez les nullipares, ou chez les femmes qui ont accouché sans déchirures, l'orifice interne pouvant dans ces cas là présenter de la sténose, tandis que la cavité cervicale est dilatée (col en barillet). Un mucus épais et visqueux suinte constamment de l'orifice. Dans ces cas, l'amputation du col, précédée du curettage, est absolument indiquée et donne des résultats de guérison réellement merveilleux.

Quand le catarrhe cervical est ancien il est bien rare que l'inflammation ne se soit pas propagée à la cavité du corps, et que l'endométrite ne soit pas générale ; le corps devenu gros et lourd augmente par son poids les symptômes de douleur et de gêne que présentait le catarrhe au début, les malades sont la plupart du temps incapables de supporter la moindre fatigue, ce sont des infirmes abattues par le plus petit effort, et qui réclament un traitement rapide.

Ici encore l'intervention est indiquée, et l'amputation avec le curettage doit être pratiquée

surtout lorsque les différents traitements médicaux n'auront pu amener la guérison.

Nous ne passerons pas en revue tous les moyens employés pour guérir la métrite cervicale, mais nous pouvons dire dès maintenant que si certains d'entre eux parviennent à faire cesser le catarrhe cervical, c'est seulement quand il est pris au début, alors que les tissus du col ne sont que superficiellement atteints. Mais lorsque la lésion est ancienne l'amputation doit être le traitement de choix.

La dilatation du canal cervical, les injections intra-utérines de solutions antiseptiques, les cautérisations à la teinture d'iode, les tampons de glycérine créosotée, le curettage, tous ces moyens qui réussissent si souvent contre l'endométrite du corps, ne donnent que des résultats palliatifs, et n'empêchent pas les récidives dans les cas de catarrhe cervical un peu avancé ; ils atteignent insuffisamment les lésions sous-muqueuses caractéristiques de cette affection.

On a employé sans plus de succès la cautérisation ignée, les pointes de feu sur la muqueuse cervicale, l'ignipuncture ; les caustiques à demeure, bâtons de chlorure de zinc, qui ont eu leurs partisans comme tous les autres remèdes, sont insignifiants si leur action n'agit que superficiellement, et dangereux si elle s'étend à la couche profonde, car ils peuvent amener la sténose et l'atrésie du canal. On a préconisé

les injections irritantes et caustiques faites dans le parenchyme du col, mais ce procédé compte aussi beaucoup d'insuccès.

M. Doléris a imaginé un procédé de hersage au moyen de griffes, qui ouvriraient les culs-de-sac glandulaires, mais de son aveu même ce procédé est insuffisant pour dilacérer les culs-de-sac, et tôt ou tard il a été obligé de recourir à une opération plus radicale au bistouri, pour remédier à la récurrence.

Ce n'est pas à dire qu'en présence d'un catarrhe cervical, même ancien, il soit inutile d'essayer l'un ou l'autre de ces traitements ; tous les chirurgiens qui les ont préconisés ont eu à leur actif des cas de guérisons, qui malheureusement n'ont jamais été définitives et qui ont toujours été suivies de récurrence. Certaines conditions particulières, telles que le tempérament et l'âge de la malade, les conditions sociales peuvent avoir une influence favorable et amener une amélioration, avec l'aide des traitements médicaux. Mais la guérison radicale ne peut réellement s'obtenir que par une intervention énergique.

Aussi pensons-nous qu'il est préférable de laisser de côté les demi moyens, tels que la dilatation, les injections intra-utérines de solutions antiseptiques, les crayons iodoformés, le curettage même, et de recourir d'emblée à l'amputation.

Pour nous résumer, quelle que soit la métrite du col, lorsqu'elle sera ancienne et que par le fait les lésions seront profondes, lorsque les moyens médicaux auront échoué, nous pensons que l'amputation du col s'impose comme moyen thérapeutique susceptible d'amener une guérison complète et radicale.

Parmi les procédés opératoires, le Schröder nous paraît une méthode de choix. Elle atteint assez profondément les lésions et n'offre aucun danger opératoire ; elle est applicable sur l'une ou les deux lèvres, suivant qu'elles sont atteintes séparément ou ensemble.

Lorsque les lésions sont très avancées et qu'on a affaire à un col hypertrophié avec ou sans allongement, ou à un ectropion très prononcé de l'une des lèvres, nous préconisons de préférence le procédé de Simon et Marchwald, qui atteint plus profondément le tissu cervical, et par le fait détruit complètement les lésions profondes invétérées.

Quant à l'Emmet, il ne serait applicable que si les lésions siégeaient seulement sur l'une ou les deux commissures du col, qui lui-même est indemne de toutes lésions. Il est des cas, cependant, où l'on pourrait combiner ces différents procédés entre eux, suivant le degré et l'ancienneté des lésions.

Il est un procédé, préconisé par M. Bouilly, et qui s'adresse selon lui, plus particulièrement

aux cols dit en barillet, dont nous avons déjà parlé.

Voici quelle serait sa technique opératoire : après avoir dilaté le canal cervical et l'avoir cureté, ainsi que la cavité du corps utérin, il écarte les lèvres du col au moyen de pinces tire-balles et excise au bistouri, en commençant par la lèvre inférieure, un lambeau rectangulaire de la muqueuse cervicale ; ce lambeau est limité latéralement par les commissures, en haut par l'orifice interne en bas par l'orifice externe, et présente une épaisseur de 2 à 4 millimètres, selon la profondeur des lésions et le volume du col ; la même manœuvre est répétée sur la lèvre supérieure. On touche les surfaces cruentées avec de la glycérine créosotée, et on empêche leur adhérence en interposant entre elles une mèche de gaze iodoformée.

Cette opération supprime ainsi la plus grande partie de la muqueuse malade, par une manœuvre très rapide qui évite les débridements latéraux et par suite les sutures qu'on rencontre dans l'amputation du col, mais outre qu'elle est parfois difficile à faire dans certains cols peu dilatables, ne se laissant pas amener facilement à la vulve, elle respecte complètement les lésions de la muqueuse vaginale qui tapisse le museau de tanche ; or, elle présente bien souvent des érosions, des déchirures, des ulcérations qu'il est indispensable de faire disparaître pour

assurer la guérison radicale du catarrhe cervical ; aussi, tout en reconnaissant les bons effets que peut avoir cette opération sur des cols utérins peu déformés et atteints d'un catarrhe plutôt récent, nous n'hésiterons pas à lui préférer la vraie amputation du col. C'est réellement, et nous ne saurions trop le répéter, l'opération qui s'impose comme traitement radical de ces catarrhes chroniques d'un col hypertrophié, déformé par les productions kystiques et les ulcérations de longue durée, et douloureux : tout aussi facile que n'importe quelle autre intervention chirurgicale sur le col et sans aucun danger consécutif, elle donne dans ces métrites chroniques des résultats incomparables.

Ulcérations.

Dans les ulcérations du col, les indications d'amputation doivent être minutieusement analysées.

Il faudra tout d'abord s'assurer que ces ulcérations ne sont pas d'origine syphilitique, le traitement spécifique sera alors d'une grande utilité ; pour les ulcérations tuberculeuses, l'état général de la malade, le questionnaire et l'examen bactériologique éclairciront le diagnostic. Quant aux ulcérations d'origine herpétique ou septicémique, elles sont si exceptionnelles que

nous ne les ferons pas entrer en ligne de compte.

Les seules ulcérations existant sans métrite concomitante, et susceptible d'amputations, sont celles qui sont produites par les dilacérations simples ou multiples du col, soit à la suite d'un accouchement, d'un avortement ou d'une intervention obstétricale ou chirurgicale, quelconque ; et, suivant le degré et la multiplicité de ces ulcérations, on aura recours, tantôt à l'Emmet, tantôt au Schröder ou au Simon, ou à deux de ces procédés combinés.

Lorsque les dilacérations auront été produites pendant l'accouchement ou par suite d'intervention obstétricale, à moins qu'elles ne soient très prononcées et mettent en danger la vie de la malade, on ne devra intervenir qu'à une période assez éloignée du post-partum, c'est-à-dire qu'il faudra autant que possible attendre le retour des règles avant de tenter la moindre opération sur le col utérin.

Déviation utérines.

Dans la majorité des cas les déviations utérines s'accompagnent de métrite et de complications multiples. Les différents procédés d'amputation du col peuvent donc être employés suivant qu'il s'agira de métrite, d'ectropion, de dilacération, etc., etc. Nous en avons déjà parlé

au sujet de ces différentes altérations et nous ne voudrions pas nous répéter, car ces modes opératoires ne sont pas employés contre la déviation elle-même. Les seuls qui nous intéressent dans ce chapitre sont ceux qu'on a mis en usage pour contribuer en grande partie au redressement de l'utérus dévié, ou plutôt au maintien de l'utérus réduit. Ces interventions sur le col ne sont pas de simples amputations après lesquelles le moignon suturé est laissé tout-à-fait libre dans la cavité vaginale.

Ici le col est partiellement ou totalement amputé et suturé aux parois voisines pour maintenir en position l'organe redressé. Telle par exemple l'opération de Sims dans l'antéversion, la seule d'ailleurs qui se pratique dans cette classe de déviation.

Elle consiste en un avivement profond et transversal sur la lèvre antérieure du col, lequel viendra se réunir à l'aide de fils à un avivement analogue sur la paroi antérieure du vagin, l'utérus étant préalablement réduit. Cette opération est également applicable aux ante-déviation avec effondrement vulvo-vaginal, complication qui nécessite d'autres opérations que nous n'avons pas à analyser ici.

Dans les rétro-déviation, les interventions sur le col utérin sont beaucoup plus fréquentes, de même que les procédés sont un peu plus nombreux :

Pour mémoire nous ne ferons que signaler le procédé de Saenger (1) qui n'est qu'un simple décollement de la muqueuse vaginale au niveau de son insertion sur le col, pour aller le fixer un peu au-dessus de l'isthme. Cette opération n'intéresse que très médiocrement le col de l'utérus.

Le procédé de Richelot-Byford (2) consiste à aviver la lèvre antérieure du col, pour aller l'accoler, une fois l'utérus redressé, à la paroi postérieure du vagin, afin de prévenir de nouveau le basculement de l'utérus en arrière.

Dans le procédé de Nicoletis (3), pour éviter également la reproduction de la déviation, on fait l'amputation sus-vaginale, on fixe les deux parois vaginales à la partie antérieure de la lèvre antérieure. L'orifice utérin, pour qu'il soit perméable, est fixé à la paroi vaginale, et les sutures des parois vaginales au col se font sur les côtés. D'autres procédés, tels que ceux de Winter (4), Duhrssen (5), Mackenrodt, basés sur le même principe, intéressent plus ou moins le col utérin, ce sont plutôt des décollements de l'insertion de la muqueuse vaginale au niveau

1. *Cent. f. gyn.*, 1888.

2. *Union médicale*, 1868.

3. Debayle, thèse Paris, 1891.

4. *Cent. f. gyn.*, 1893.

5. *Cent. f. gyn.*, 1892 et 1893.

6. *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1892.

du col, que des opérations sur le col lui-même.

Dans les prolapsus utérins, sans nous inquiéter des opérations complémentaires, nous envisagerons les cas susceptibles d'intervention sur le col, et nous indiquerons les différents procédés dont on pourra faire usage, suivant la nature et les degrés de la lésion.

Aux pseudo-prolapsus, ou hypertrophies intra-vaginales du col, on peut appliquer les divers procédés d'amputation intra-vaginale que nous avons déjà signalés, mais à notre avis, et de celui des gynécologues en renom, l'amputation biconique doit être la méthode de choix; incision transversale du col jusqu'au voisinage de l'insertion vaginale, formation de deux lambeaux en forme de coin, sur chaque lèvre du col, et suture de chaque lèvre séparément. Dans ces cas, l'on pourra aussi appliquer le procédé dit de la guillotine.

Dans les prolapsus utéro-vaginaux, l'intervention sur le col utérin varie suivant que le prolapsus est incomplet ou complet. Lorsqu'il est incomplet, et étant donné qu'il est presque toujours accompagné d'une rétrodéviation, on mettra en pratique le procédé de Richelot-Byford ou de Nicoletis; en somme, l'on agira absolument comme s'il s'agissait d'une rétrodéviation simple, l'abaissement de l'utérus amenant son renversement en arrière, et réciproquement.

Si le prolapsus est complet, l'amputation intra-vaginale, ou sus-vaginale, suivant le degré du prolapsus, est absolument indiquée.

Dans le prolapsus vagino-utérin, l'amputation sus-vaginale d'après la méthode d'Huguier est le seul procédé qu'on puisse avantageusement employer; il faudra enlever une portion suffisante du col pour rendre à l'utérus sa longueur à peu près normale.

Dans les prolapsus mixtes, c'est-à-dire lorsqu'il y a en même temps abaissement et hypertrophie de l'utérus, et suivant le degré des lésions, on fera, soit l'amputation intra-vaginale, soit l'amputation sus-vaginale, les procédés à employer varieront selon les besoins de la cause.

Il est bien entendu que toutes les interventions faites sur le col utérin dans les prolapsus doivent être précédées des soins antiseptiques les plus absolus, et du curettage.

Le but que l'on désire obtenir en intervenant chirurgicalement sur le col utérin dans les déviations utérines, est de ramener le plus possible l'utérus à un volume et à une position normales.

Dans les anté et rétro-déviations, la fixation du col à une ou aux parois vaginales doit avoir pour objectif de faire basculer l'utérus en sens inverse de sa déviation et de le maintenir dans sa nouvelle position.

Dans les prolapsus, l'intervention sur le col

supprime les parties hypertrophiées ou prolabées, diminue dans une certaine mesure le poids de l'organe, et produit une décongestion salutaire.

Contre-indications.

Quelles que soient les lésions du col nécessitant l'amputation, il est des cas où la moindre intervention sur le col utérin pourrait amener des complications depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves.

L'on comprendra aisément, sans qu'il y ait lieu de beaucoup insister, que toute intervention sur le tissu cervical pendant une période inflammatoire aiguë quelconque place la malade dans une situation réellement critique et doit être absolument contre-indiquée.

En outre il faudra être absolument circonspect et n'intervenir qu'à bon escient, c'est-à-dire lorsqu'on se sera assuré par un examen minutieux et approfondi qu'aucune *lésion* concomitante ne s'oppose à l'intervention directe sur le col utérin.

Parmi celles que l'on pourrait rencontrer interdisant toute intervention immédiate ou tardive, nous devons placer :

Premièrement : les cas où l'on se trouve en présence d'une collection liquide séreuse, purulente ou sanguine des trompes ou de l'ovaire,

coexistant avec des lésions du col susceptibles d'amputation : dans ces cas l'intervention pourrait amener, soit une poussée inflammatoire du côté des organes déjà atteints, et consécutivement et à bref délai du côté du péritoine, soit une rupture spontanée de ces poches à contenu liquide dans le péritoine. L'on comprendra quels peuvent être les dangers inhérents à ces accidents pour que nous n'ayons pas besoin de les mettre en relief, et pour reconnaître que l'on doit renoncer d'une manière absolue à toute intervention même tardive, sur le col utérin dans ces cas.

2° L'amputation du col est absolument contre-indiquée, du moins momentanément dans toutes les affections concomittantes aiguës de l'utérus et des annexes, et aussi, lorsqu'il existe une inflammation du péritoine pelvien ou du tissu cellulaire environnant ces organes. L'intervention ne pourra se faire d'une manière efficace, et sans aucune appréhension de danger pour la malade, que lorsque tous les symptômes aigus de l'affection concomittante auront complètement disparu, et depuis déjà quelques jours, c'est-à-dire après huit à dix jours. Une seule affection aiguë comporte l'intervention, c'est la métrite cervicale, *à répétitions successives de périodes aiguës, avec ou sans métrite corporelle et sans altérations des annexes et du péritoine.*

Une troisième contre-indication doit trouver ici sa place.

Nous voulons parler des altérations vulvo-vaginales aiguës marchant de pair avec les lésions du col.

Il est évident que si l'on intervient sur le col utérin avant que ces altérations aient totalement disparu, l'on s'expose à avoir à portée du champ opératoire un foyer d'infection susceptible de produire à bref délai une contamination rapide, contamination d'autant plus rapide que les voies auront été toutes préparées.

Il faudra donc traiter et guérir toutes les affections vulvo-vaginales aiguës, ou même chroniques que l'on pourra rencontrer, avant de vouloir tenter l'amputation du col et éviter la moindre complication post-opératoire.

En dernier lieu, nous croyons qu'il serait imprudent et même dangereux d'intervenir, lorsqu'on se trouvera en présence d'une malade jouissant d'un mauvais état général ou en possession du moindre état fébrile.

Il est des cas sur lesquels nous appellerons l'attention. Nous voulons parler de ces malades qui sous l'apparence d'un aspect de santé excellent portent des altérations avancées de l'organisme. Nous voulons désigner les personnes atteintes de diabète et chez lesquelles la moindre intervention chirurgicale amène parfois des accidents mortels. Quel en est le mécanisme,

nous l'ignorons, et nous ne pouvons l'analyser ici.

Quoiqu'il en soit, la majeure partie des chirurgiens et des gynécologues ne font pas assez attention à l'analyse des urines, qui est rarement faite, avant l'intervention. Et c'est une chose sur laquelle nous insistons, parce qu'elle peut donner bien souvent des indications précises, pour ou contre les interventions chirurgicales.





CONCLUSIONS

1° Les amputations pratiquées sur le col utérin sont en général des opérations très bénignes, nécessitant toujours le sommeil chloroformique et à l'abri de toutes complications lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles sévères de l'antisepsie moderne.

2° Ce sont les vrais moyens thérapeutiques susceptibles de donner dans un laps de temps relativement court une guérison radicale dans les altérations avancées du col utérin avec ou sans métrite concomitante du col.

3° Elles rendent, soit directement, soit indirectement comme opération principale ou secondaire, de très grands services dans :

Les métrites du col quels que soient leur nature et leur degré.

Dans les déviations utérines anté ou rétro-déviations, dans les prolapsus avec ou sans hypertrophie.

4° Dans les dilacérations simples ou compliquées du post-partum ou produites par les inter-

ventions obstétrico-chirurgicales, elles trouvent une indication indiscutable.

5° Les meilleurs procédés d'amputation du col utérin sont ceux de Simon-Marckwald et de Schröder, qu'on peut combiner dans certains cas et celui d'Huguier.

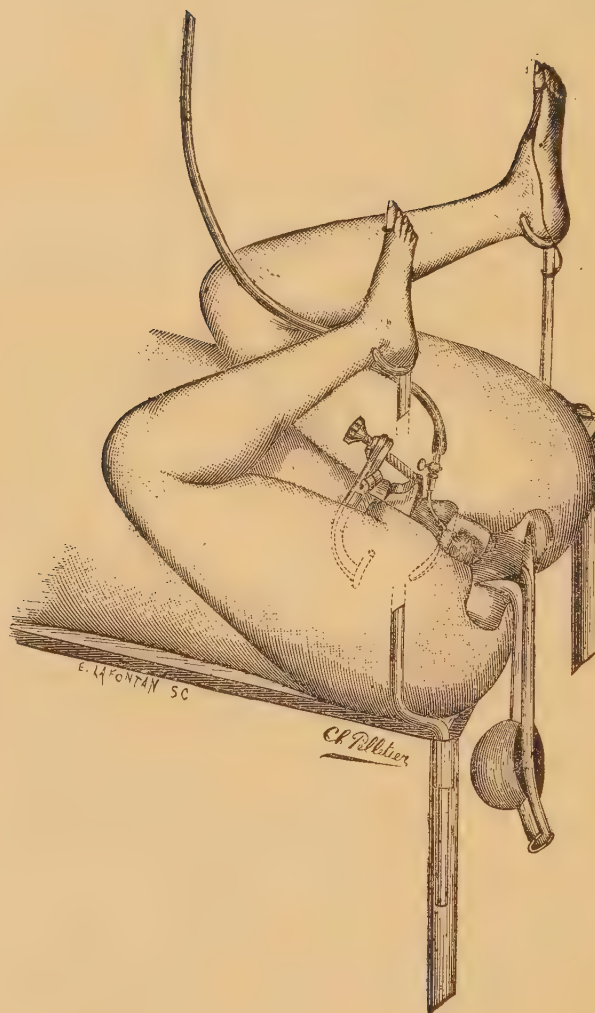
6° L'amputation du col faite d'après ces procédés n'a pas d'influence funeste sur les accouchements ultérieurs et n'entraîne jamais aucun accident post-opératoire.

7° Les amputations du col de l'utérus doivent toujours être précédées du curettage chirurgicale.

Vu par le Président de la soutenance,
LABOULBÈNE

Vu par le Doyen,
BROUARD L

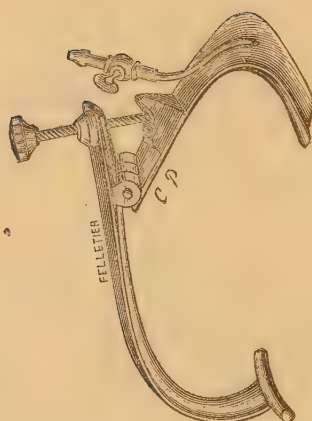
Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD



Dispositif de l'appareil à irrigation continue et de la valve à poids
du Dr Auvard.



Pinces à mors courts modifiées par le Dr. Auvard.



Appareil à irrigation continue du Dr Auvard.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Rochard.** — Histoire de la chirurgie française au XIX^e siècle.
Schröder. — Maladie des organes génitaux de la femme.
Fozzi. — Traité de gynécologie, 1890.
Hégar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire, 1885, traduit. de Bar.
Auvard. — Traité de gynécologie, 1892.
Richelot. — Compte-rendu du 4^e congrès de chirurgie, 1889, Bulletin médical, 17 décembre 1889.
Debayle. — Thèse Paris, 1890.
Barnes. — Traité clinique des maladies des femmes.
Huguier. — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col, 1856.
Malgaigne. — Manuel de médecine opératoire, 1873.
Schwartz. — Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, 1888. Arch. générales cliniques et thérapeut., 1892.
Grilhaut des Fontaines. — Thèse Paris, 1893.
Chanteloube. — Thèse Paris, 1888.
Pescher. — Thèse Paris, 1892.
Jeannel. — Gazette hebdomadaire de therap. et chirurgie, janvier, 1891.
Berlin. — Gynécologie opératoire, 1894.

